UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 24

FACULTÉ DE MÉDECINE

DES ADÉNITES CHRONIQUES PAROTIDIENNES ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Février 1914

PAR

J. GAYCHET

Né le 26 Novembre 1885 à BÉZIERS (Hérault)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : GILIS, professeur, *président* ; VIRES, professeur ; MASSABUAU, agrégé ; CABANNES, agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GENERALE DU MIDI

1914

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 24

FACULTÉ DE MÉDECINE

DES ADÉNITES CHRONIQUES PAROTIDIENNES ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Février 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

J. GAYCHET

Né le 26 Novembre 1885 à BÉZIERS (Hérault)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { GILIS, professeur, *président* ; VIRES, professeur ; MASSABUAU, agrégé ; CABANNES, agrégé. } *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GENERALE DU MIDI
1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

ADMINISTRATION

MM. MAIRET (✻)	DOYEN
SARDA	ASSESSEUR
IZARD	SECRÉTAIRE

PROFESSEURS

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O. ✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✻).
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS H.
Clinique médicale	RAUZIER (✻).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : M. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : M. E. BERTIN-SANS (✻), HAMELIN (✻)
Secrétaire honoraire : M. H. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL agrégé libre.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIÈRE, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, ag. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé libre.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	RIMBAUD.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ROGER.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIÈRE.	MARQUES, ch. d. l.
RICHE.	J. DELMAS.	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. GILIS, *Professeur, Président.*	MM. MASSABUAU, *agrégé, assesseur.*
VIRES, *Professeur, assesseur.*	CABANNES, *agrégé, assesseur.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la Mémoire de MA MÈRE

A la Mémoire de MA TANTE et MON ONCLE

A MON PÈRE

A MA FEMME

J. G.

A Madame ALLÈGRE

J. G.

Il nous paraîtrait que nous omettons quelque chose, si avant de quitter cette Faculté, dont nous emportons le meilleur des souvenirs, nous n'adressions à tous nos maîtres de l'Ecole de Montpellier, avec notre gratitude, l'expression pleine et entière de nos remerciements et de notre reconnaissance.

Que Monsieur le Professeur Gilis, notre président de thèse, à qui nous devons le sujet de notre modeste travail, veuille bien recevoir ici l'assurance de notre dévouement pour toutes les amabilités qu'il nous a si souvent prodiguées.

Que Monsieur le Professeur Vires, dont les incessantes attentions nous furent si sensibles, nous permette de lui exprimer combien nous fûmes remplis d'admiration pour son enseignement et quelle pensée de charme nous emportons de lui. Son souvenir, lié à celui de chers disparus, nous est à ce titre doublement précieux.

Que Messieurs les Professeurs agrégés Massabuau et Cabannes reçoivent nos remerciements pour avoir accepté de nous assister dans la dernière étape de notre vie scolaire.

DES ADÉNITES CHRONIQUES

PAROTIDIENNES

ET DE LEUR TRAITEMENT

INTRODUCTION

S'il est une région de l'organisme où abondent les tumeurs de toute nature, c'est la région parotidienne. Dans ces dernières années, un grand nombre de travaux ont attiré l'attention des chirurgiens sur les tumeurs mixtes de la glande, et il semble qu'en revanche, l'étude des tumeurs ganglionnaires ait été laissée de côté. La parotide, cependant, présente, dans l'intérieur même de son parenchyme glandulaire, des ganglions lymphatiques que l'on connaît depuis longtemps : rien d'étonnant à ce que ces ganglions soient le siège d'inflammations aiguës et chroniques ; ce sont ces dernières que nous aurons en vue dans notre travail, mais nous devons reconnaître, dès le début, que nous envisageons particulièrement les adénites tuberculeuses, d'abord parce qu'elles semblent être de beaucoup les plus fréquentes ; en second lieu, parce que les adénites syphilitiques et cancéreuses ne présentent

dans la région aucun caractère particulier qui les sépare nettement des formes clinique qu'elles revêtent en d'autres lieux.

L'adénite syphilitique parotidienne ne semble pas devoir exister à titre isolé. L'adénite cancéreuse consécutive à un cancer des régions avoisinantes ou à une tumeur de la glande elle même a une symptomatologie trop banale, en effet, pour donner lieu à des considérations intéressantes.

Il nous reste donc les adénites chroniques, consécutives à des inflammations des molaires supérieures, par exemple, telles que nous les décrit Triquet, dans une étude de 1852, et les adénites tuberculeuses.

En fouillant la bibliographie de cette question, nous avons constaté que le sujet qui nous occupe avait été étudié, en 1851, dans la thèse de concours d'agrégation de Bérard : Velpeau, Denouvilliers, Sédillot, sont ensuite cités, dans le travail de Triquet, déjà signalé, comme ayant eu l'occasion d'observer des adénites parotidiennes chroniques. Vient ensuite une période pendant laquelle la question semble être tombée dans l'oubli.

A la suite de l'étude de Paoli, en 1893, sur la tuberculose de la glande parotidienne, seize cas de cette tuberculose ont été publiés, notamment sur l'instigation de Poncet et Lecène, mais les auteurs ne font pas mention de la tuberculose des ganglions parotidiens, et étudient seulement la tuberculose de la glande elle-même, c'est-à-dire due à la pénétration du bacille de Koch par le canal de Stenon.

Toutes ces considérations ne donnent que plus d'intérêt à l'observation que nous a communiqué M. le professeur Gilis, auquel nous sommes heureux d'exprimer ici toute notre gratitude.

ETIOLOGIE

Ainsi que nous venons de le dire dans l'introduction, il semble bien que, si l'on élimine les adénites syphilitiques et cancéreuses, il faille encore admettre deux variétés d'adénites parotidiennes :

A. L'adénite chronique banale.

B. L'adénite tuberculeuse.

A. — L'adénite chronique banale, si l'on s'en rapporte aux observations de Triquet, que nous publions à la fin de notre travail, semble bien exister à la parotide. On peut objecter que ces soi-disant adénites chroniques de la glande n'étaient peut-être que des adénites tuberculeuses non diagnostiquées, à une époque où l'on ignorait encore l'existence du bacille de Koch ; mais la coexistence de dents cariées au niveau de la mâchoire supérieure, la multiplicité des observations recueillies par des maîtres comme Velpeau et Sédillot semblent bien fournir des preuves incontestables en faveur de l'existence de cette variété d'adénite, qui serait due aux microbes pyogènes ordinaires de la cavité buccale susceptibles, dans certains cas, de donner naissance à des suppurations à allure chronique ou tout au moins subaiguës.

B. — L'adénite tuberculeuse qui se présente à la parotide, soit sous forme de tuberculose ganglionnaire isolée, soit comme faisant partie d'une tuberculose multiganglionnaire, carotidienne et sous-maxillaire le plus souvent.

Il serait superflu de refaire ici l'étiologie de la tuberculose

ganglionnaire en général : le bacille de Koch envahira les ganglions parotidiens, soit après un relai dans les groupes ganglionnaires du cou, soit directement, en pénétrant dans les voies lymphatiques au niveau du pharynx nasal, puisque les ganglions parotidiens reçoivent, d'après les conclusions de Triquet et de Poirier, les lymphatiques issus de cette région.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La parotide est, de toutes les glandes salivaires, la seule qui contienne des ganglions lymphatiques dans son intérieur : on comprend, dès maintenant, combien sera difficile le diagnostic des tumeurs ganglionnaires de la glande, à cause des rapports étroits entre la glande elle-même et les ganglions.

Avant d'aborder l'anatomie pathologique proprement dite des adénites chroniques, nous croyons devoir donner d'abord quelques notions sur la situation des ganglions parotidiens.

Une première question qui se pose et celle de l'existence ou de la non-existence des ganglions superficiels, c'est-à-dire situés entre la peau et l'aponévrose parotidienne, car un certain nombre d'auteurs donnent le nom de ganglions superficiels à des ganglions intraparotidiens.

Sappey nie leur existence : « C'est à tort que certains auteurs, dit-il, les distinguent en superficiels ou sous-cutanés et profonds ou sous-aponévrotiques ».

Triquet, cependant, les admet, sans en préciser le nombre ni les dimensions.

Cruveilhier les nie, Tillaux les nie également : « Tous les ganglions son situés dans l'épaisseur de la glande ».

Richet dit : « On rencontre dans le fascia superficialis quelques ganglions superficiels, en général assez petits, qu'il n'est pas rare de trouver tuméfiés à la suite d'exulcérations des oreilles, de la tête, des yeux, du nez ou de la bouche ».

Testut n'admet pas l'existence de ces ganglions sus-aponévrotiques. Voici maintenant l'opinion de Poirier : « D'après Sappey, tous les ganglions parotidiens seraient sous-aponévrotiques. Meckel a vu des ganglions sus-aponévrotiques, et je suis, pour ma part, très porté à admettre leur existence ».

Enfin, récemment, dans une thèse de Paris, 1913, Meyer, sur l'instigation de Sézéleau, résumant huit dissections bilatérales de régions parotidiennes écrit : « S'il existe des ganglions parotidiens sous-cutanés, ils sont microscopiques et échappent à toute description anatomique ».

Cette diversité d'opinions touchant les ganglions sous-cutanés prouve que la question demande de nouvelles recherches, et, en tout cas, si ces ganglions existent, ils sont de très petites dimensions, n'acquérant un volume appréciable que lorsqu'ils sont hypertrophiés pathologiquement. Peut-être aussi ces ganglions n'existent-ils pas chez tous les sujets, ce qui expliquerait également les divergences d'opinion que l'on rencontre chez les auteurs.

Restent à étudier les ganglions intraparotidiens: ceux-ci ne sont niés par aucun auteur, et, si l'on rencontre à leur sujet des divergences de vue entre les anatomistes, c'est uniquement à cause de leur situation les uns par rapport aux autres.

Ces ganglions se différencient nettement des lobules glanduleux par leur couleur brune plus prononcée.

Leur volume n'est jamais considérable : les auteurs parlent de la grosseur d'un grain de mil, d'une lentille, etc.

Leur nombre est aussi très variable : quatre ou cinq pour Bérard, vingt pour Testut.

Quel que soit le nombre de groupes ganglionnaires adopté par les divers anatomistes, une division fondamentale s'impose en :

A. Ganglions superficiels.

B. Ganglions profonds.

A. — Les ganglions superficiels sont situés immédiatement au-dessous de l'aponévrose parotidienne et ne doivent pas être confondus avec les ganglions sous-cutanés.

Parmi ces ganglions, on en distingue de supérieurs, d'antérieurs, de postérieurs, d'après Testut : c'est là une division artificielle, et il semble bien, en lisant les différentes observations de tumeurs ganglionnaires de la parotide, que ces tumeurs aient pu siéger dans n'importe quelle partie de la glande.

Quoi qu'il en soit, il est un groupe de ganglions qui, par la fréquence avec laquelle il est signalé par les différents auteurs, mérite de retenir l'attention : c'est le ganglion prétragien ou le groupe prétragien. Ce ganglion, ou ce groupe de ganglions, que Meyer a toujours rencontré en disséquant seize parotides, est indiqué comme constant par Poirier, et il semble, en effet, qu'un grand nombre de tumeurs ganglionnaires se soient développées en ce lieu-là.

On comprend que les inflammations de ces ganglions seront non seulement les plus fréquentes à cause de leur grand nombre, mais encore les plus accessibles à l'exploration ; on comprend aussi qu'à cause de leur situation immédiatement au-dessous de l'aponévrose parotidienne, les tumeurs qui se développent dans ces ganglions aient pu être prises pour des tumeurs sous-cutanées. On comprend enfin qu'à cause de leur situation loin des organes importants de la glande, leur hypertrophie n'amène que peu de troubles fonctionnels du côté du nerf facial notamment.

B. — Les ganglions profonds, beaucoup moins nombreux que les ganglions superficiels sont situés au voisinage de l'angle interne du prisme parotidien. Ils sont donc en plein tissu glandulaire, séparés de la peau par une épaisseur de glande assez considérable et occupent la région dangereuse au point de vue opératoire, à cause de leur voisinage avec

le pharynx, l'espace maxillo-pharyngien d'une part, avec le facial d'autre part. On sait, en effet, que ce nerf, situé, pour certains auteurs, en plein tissu glandulaire, occupe, pour d'autres, la portion supéro-interne de la parotide : les ganglions dont nous nous occupons auront donc, s'ils s'hypertrophient, des rapports très étroits avec le nerf et pourront, ou le comprimer, ou l'entourer par de la périadénite ou encore amener sa lésion ou celle d'une de ses branches, lorsqu'on sera appelé à les enlever.

On conçoit, aussi, que les hypertrophies de ce groupe profond, au lieu de faire saillie sous la peau, dès leur apparition, pourront ne se manifester que lorsqu'elles auront atteint un volume appréciable, et qu'elles auront même une tendance à faire saillie dans le pharynx que l'on devra examiner et toucher lorsqu'on soupçonnera quelque tumeur profonde de la glande parotide.

Un fait intéressant à noter, est celui dont nous parle Meyer, dans sa thèse, et que signalent, d'ailleurs, avant lui, d'autres auteurs, touchant la fréquence d'un groupe ganglionnaire important le long de la carotide interne et au niveau de sa bifurcation et qui doit attirer l'attention du chirurgien faisant l'ablation des ganglions hypertrophiés de la région, s'il veut éviter, par une dissection attentive, la lésion de ce vaisseau. (Fait survenu à Velpeau, nous dit Triquet, dans son mémoire).

Connexions avec les groupes ganglionnaires environnants. — Les ganglions parotidiens, communiquent avec les ganglions de la chaîne carotidienne, avec les ganglions mastoïdiens, sous-maxillaires et massétérins, comme le prouvent d'abord les injections mercurielles des voies lymphatiques de la région ; en second lieu, l'engorgement simultané fréquent de ces différents groupes ganglionnaires.

Territoire des ganglions parotidiens. — Ici encore l'expé-

rimentation et la clinique nous montrent que les ganglions parotidiens reçoivent les lymphatiques des régions temporale, auriculaire, parotidienne et de l'angle de l'œil. Un fait plus intéressant à noter que confirment les observations de Triquet et que Poirier admet d'ailleurs dans son traité d'Anatomie, consiste dans les relations qui existent entre la cavité buccale, au niveau des dernières grosses molaires supérieures, et les ganglions qui nous occupent : le nombre des observations dans lesquelles l'ostéo-périostite ou la carie de dernières molaires supérieures ont été suivies d'adénite des ganglions de la parotide, semble étendre plus qu'on ne pourrait le supposer *a priori* le domaine des régions dont les lymphatiques sont drainés par le groupe parotidien.

C'est dans ces cas d'inflammations ganglionnaires consécutives à des lésions dentaires que l'engorgement, d'abord aigu peut devenir peu à peu subaigu et passer enfin à l'état chronique, arrivant à la fistulisation et pouvant en imposer pour une adénite bacillaire; ce groupe d'inflammations ganglionnaires qui se rencontre d'ailleurs également au niveau de la région sous-maxillaire à une anatomie pathologique et une symptomatologie tout à fait analogues à celles des ganglions tuberculeux isolés de la parotite : seuls les antécédents du malade, son état général et l'examen du pus contenu dans l'intérieur des ganglions pourront permettre d'établir une différence ; aussi ne saurions nous séparer, au point de vue anatomo-pathologique, les adénites aïgues ou subaïgues des adénites tuberculeuses proprement dites.

Dans un premier stade, comme l'avait déjà vu Bérard, c'est l'hypertrophie du tissu ganglionnaire, rougeâtre et congestionné qui ouvre la scène. L'inflammation peut s'arrêter à ce stade et se résoudre, ou bien elle évoluera vers la sclérose; mais, ce qu'il importe de retenir, c'est qu'à cette époque les ganglions conservent avec les parties environnantes leurs

rapports normaux et n'entraînent donc aucun trouble fonctionnel.

Il peut y avoir mono ou multiadénite et, dans ce cas, la tumeur sera plus étendue, bosselée, en imposant pour une tumeur mixte.

Dans un second stade les ganglions se parsèment de foyers de ramollissement et contiennent alors la substance mastic de vitrier, caractéristique des tuberculoses ganglionnaires au début.

A ce stade encore la sclérose pourra envahir le ganglion et amener ainsi l'arrêt du processus tuberculeux ; à cette période encore les difficultés de diagnostic avec les autres tumeurs encapsulées de la parotide, seront considérables.

Si la tumeur évolue encore, elle arrive au stade de caséification et alors la fluctuation apparaît en imposant pour une tumeur liquide de la glande. Enfin, si la sclérose ne survient pas encore à ce stade, ce sera la fistulisation de la tumeur.

Toutes ces considérations anatomo-pathologiques se compliquent encore du fait de rapports particuliers des ganglions avec la parotide ou les organes qu'elle contient.

Il peut se produire ici de la périadénite, qui englobera et comprimera les organes tels que le facial par exemple, mais cette sclérose périganglionnaire, si elle peut quelquefois se prêter à des erreurs de diagnostic, avec les tumeurs de la parotide, ne semble pas amener souvent de troubles fonctionnels.

Le facial, en effet, est plutôt dejeté et refoulé par un ganglion hypertrophique que comprimé par lui ; il s'échappe vers la partie interne de la glande et n'est pas comprimé par la tumeur.

La parotide elle-même, si l'on s'en rapporte aux observations de Triquet, se laisse refouler par les ganglions hypertrophiés et on peut la trouver saine au cours de l'intervention.

Cette intégrité de la glande et celle du facial tiennent, com-

me nous l'avons fait remarquer au début de ce chapitre, à ce que ce sont le plus souvent les ganglions parotidiens superficiels, c'est-à-dire sous-aponévrotiques qui sont atteints par le processus pathologique. Cette même considération s'appliquerait évidemment aux lésions des ganglions sous-cutanés admis par certains auteurs. Elle nous explique aussi pourquoi il est rare que les tumeurs ganglionnaires tuberculeuses viennent faire saillie dans le pharynx ; dans l'observation du professeur Gilis, en effet, on peut voir que l'examen du pharynx est resté négatif.

Nous n'avons pas insisté, au cours de notre étude, sur le volume des ganglions qui peuvent devenir considérables, sur la bilatéralité de l'affection qui semble être assez fréquente, ni sur la coexistence d'hypertrophies ganglionnaires au niveau de la région carotidienne par exemple, coexistence notée dans l'observation de M. le professeur Gilis, car ce sont là des éléments qui varient avec les sujets et qui n'ont aucun caractère important au point de vue anatomo-pathologique.

SYMPTOMATOLOGIE

Les adénites chroniques parotidiennes présentent une symptomatologie identique à celle des adénites des autres régions mais par leur situation topographique elles empruntent aux tumeurs néoplasiques de la glande des signes qui viennent troubler le diagnostic et rendre celui-ci plus ou moins hésitant.

Leur apparition est habituellement insidieuse, tantôt secondaire à des manifestations ganglionnaires analogues dans le réseau lymphatique du cou, tantôt primitive constituant une localisation d'emblée du processus infectieux. Le plus souvent elle est secondaire, et dans les antécédents du sujet, sinon à l'examen direct, on remarque qu'il a eu des inflammations ganglionnaires qui ont guéri, soit spontanément, soit après ponction. Des cicatrices vicieuses peuvent exister dans la région sous-maxillaire.

Sous l'influence du froid, de la fatigue, d'un traumatisme ou après une infection générale de l'organisme, ou dans la convalescence d'une fièvre éruptive ou le plus souvent sans cause apparente un ou plusieurs ganglions de la loge parotidienne s'engorgent, deviennent plus volumineux ; ils sont mobiles sous la peau et absolument indolores à la pression. Ils peuvent rester ainsi stationnaires pendant des mois et même des années. Sous l'influence d'un traitement général approprié, ils peuvent même diminuer peu à peu de volume, devenir plus dur et subir la transformation fibro-calcaire. Dans d'autres cas ils se caséifient, envahissent les tissus voi-

sins, infiltrent la glande et forment une masse avec des limites peu précises.

Habituellement le malade n'attend pas cette période de fonte purulente pour venir demander l'avis de son médecin. Il se présente alors que les ganglions sont encore en état de crudité et entraînent par leur volume une asymétrie disgracieuse de la face. A ce moment on constate que la région parotidienne est le siège d'une tuméfaction dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'un œuf. Elle correspond soit au devant de l'apophyse mastoïde, sous le lobule de l'oreille, soit, le plus souvent, au niveau du conduit auditif externe, soit enfin au centre de la glande. Sa consistance est uniformément dure ; sa surface est bosselée, irrégulière. La peau est saine, mobile sur la tumeur ; celle-ci est elle-même mobile, tout au moins dans une certaine mesure, sur les plans profonds. Rarement, on trouve une ligne de démarcation nette à la tumeur. Si elle va loin dans la profondeur, elle acquiert une certaine fixité et peut faire saillie du côté du pharynx, comme on le constate dans l'observation de Triquet (N° 11). Les mouvements de mastication et de déglutition qui se font habituellement sans aucune gêne, peuvent, dans ce cas, être plus ou moins troublés.

Si l'adénite se trouve à un stade d'évolution plus avancé, si la caséification et le ramollissement ont débuté, les constatations objectives changent quelque peu. La périadénite, qui ne manque jamais, a fixé la tumeur aux tissus voisins et la mobilité plus ou moins étendue qu'elle avait au début, se trouve remplacée par une fixité remarquable. De plus la consistance n'est plus uniforme, et tandis que certains points sont encore durs et résistants, d'autres sont moins dépressibles, pseudo fluctuants.

La peau garde pendant longtemps sa coloration et sa mobilité normale, car elle se trouve séparée des ganglions par l'aponévrose parotidienne superficielle.

L'évolution des adénites chroniques est variable suivant les cas. Dans la description symptomatique que nous venons de faire nous avons uniquement envisagé l'hypothèse la plus fréquente, celle où le processus infectieux relève du bacille de Koch.

Mais dans certains cas (et les observations VI et VII en sont des exemples) l'infection est banale d'origine dentaire ou bucco-pharyngée. Il s'agit alors d'une adénite chronique simple. Parfois enfin l'inflammation ganglionnaire est consécutive à une néoplasie maligne du voisinage.

A. Lorsque la tuberculose est à la base du processus, l'adénite évolue soit vers la guérison, soit vers la caséification, soit encore vers la suppuration.

1) La rétrocession des ganglions tuberculeux peut-être assez complète pour ne laisser aucun vestige de leur existence. Le plus souvent c'est par sclérose que ces adénites regressent, et il se fait une transformation fibreuse soit aux dépens des follicules tuberculeux, soit par hypertrophie du stroma fibreux ganglionnaire. Le ganglion acquiert une consistance ligneuse; c'est un gaglion fibreux non tuberculeux. La calsification peut quelquefois s'ajouter à la sclérose.

2) La caséification des ganglions peut-être très rapide sans aboutir à la suppuration ; on l'observe dans certaines adénites à marche suraiguë, elle s'installe alors presque d'emblée.

3) Le plus souvent la caséification se termine par la suppuration. Cette évolution peut être spontanée, due simplement à l'action du bacille de Koch. Dans d'autres cas, une inflammation pyogène banale vient se surajouter. Les tissus periganglionnaires peuvent s'enflammer et des adhérences précoces unissent le tissu parotidien à la coque ganglionnaire. L'adénite s'accompagne de périadénite; celle-ci est importante à connaître, car c'est elle qui rend l'intervention chi-

rurgicale difficile et nécessite l'ablation d'une partie ou de la totalité de la glande.

B. Les adénites chroniques simples ont une évolution habituellement meilleure. Elles reviennent à leurs dimensions normales, quand les lésions périphériques ont disparu (tollata causa, sublatur effectus). Quelquefois les ganglions sont détruits par la suppuration et remplacés par un noyau fibreux adhérant à la profondeur. Dans d'autres cas enfin, cette inflammation chronique constitue un bon terrain de réceptivité pour une autre infection, et c'est pourquoi, chez des individus débilités, ils peuvent être le siège d'infection de nature déterminée, dont la plus fréquente est, sans nul doute, l'infection tuberculeuse.

C. Lorsqu'un ganglion parotidien est le siège d'une métastase néoplasique, son évolution est différente suivant la malignité de la tumeur. De faible volume, d'une dureté ligneuse et d'une fixité absolue lorsque la néoplasie primitive a une forme squirrheuse, l'adénopathie peut acquérir des dimensions considérables et évoluer rapidement vers la dégénérescence, le bourgeonnement et l'ulcération, lorsque la récidive est rapide.

La localisation métastatique dans les ganglions parotidiens est assez rare. Morestin a signalé un cas : il s'agissait d'un épithélioma ganglionnaire de la région parotidienne consécutif à un cancroïde cutané guéri.

DIAGNOSTIC

Nous avons vu que les adénites parotidiennes présentaient des caractères variables suivant la nature du processus pathologique et aussi suivant le moment de leur évolution. On ne sera donc pas étonné si, en tête de ce chapitre, nous disons combien les adénites parotidiennes sont souvent d'un diagnostic délicat, nécessitant un examen minutieux et un interrogatoire approfondi.

Il est des cas, cependant, où le diagnostic est simple : c'est lorsque, par exemple, la tuméfaction parotidienne est survenue chez un individu qui a eu une altération quelconque intra-buccale, ou qui a présenté un mauvais état dentaire et fait des infections à répétition. La relation de cause à effet est facile à établir et le diagnostic d'adénite chronique simple s'impose. Il en est de même quand, chez un sujet porteur d'un cancroïde de la face, apparaît une tumeur dans la région parotidienne ; l'idée d'une métastase ganglionnaire est légitime et toute naturelle.

Enfin, dans d'autres cas, ce sont de jeunes sujets à tempérament lymphatique, qui, pendant leur enfance ont eu des écrouelles, des suppurations plus ou moins longues des ganglions de la région cervicale, et qui, plus tard, localisent le processus tuberculeux dans un ganglion intra-parotidien.

Dans la plupart de ces cas, le diagnostic n'offre pas de difficulté ; mais ce n'est pas toujours ainsi que se présente le tableau clinique, et bien souvent l'adénopathie parotidienne semble être la première manifestation de la maladie. C'est

alors que la confusion avec les diverses tumeurs parotidiennes est possible.

D'une façon générale, en présence d'une tumeur de la région parotidienne, on doit se demander si elle s'est développée dans la loge ou, au contraire, dans les régions avoisinantes ; telle est la première question que le chirurgien doit se poser et résoudre.

Les *tumeurs superficielles* qui peuvent le plus facilement être confondues avec celles de la parotide sont : les loupes, les adénites, une gomme sous-cutanée, les kystes séreux congénitaux.

Une *loupe* se distinguera par ses adhérences avec la peau, tandis qu'elle est très mobile sur les plans sous-jacents, et aussi par la possibilité de faire sortir, à certains moments, une partie de son contenu blanchâtre ; le malade a pu souvent constater ce fait antérieurement, et si le chirurgien ne peut le reproduire par la seule pression des doigts, une légère mouchetture facilitera l'issue d'une partie de son contenu.

L'*adénite superficielle* intéresse d'ordinaire plusieurs ganglions à la fois ; elle présente de temps à autre une légère poussée aiguë pendant laquelle le ganglion s'enflamme et devient douloureux. Le point de départ de l'adénite est souvent facile à trouver (ulcération, plaie, écorchure), son siège habituel est au devant de l'apophyse mastoïde ou à l'angle du maxillaire.

La *gomme sous-cutanée* est rare. La coexistence d'autres accidents de nature spécifique met sur la voie du diagnostic.

Le *kyste séreux congénital* ne peut guère être confondu qu'avec le kyste salivaire de la parotide. Sa transparence constitue un élément différentiel important.

Outre les tumeurs superficielles, il en est aussi de plus *profondes*, bien rares, d'ailleurs, qui pourraient en imposer pour une tumeur développée dans la glande : ce sont surtout les *anévrismes* des artères de la région et certains néoplasmes des os voisins.

Pour les anévrismes, on trouvera des signes différentiels importants dans leur réductibilité à la pression, leurs bruits de souffle et leurs battements.

Les *tumeurs de la branche montante du maxillaire* se distingueront à l'aide des symptômes suivants : par les commémoratifs on apprend que la tumeur a paru primitivement soudée au maxillaire ; en l'examinant, on voit qu'elle fait corps avec lui ; en communiquant des mouvements d'élévation et d'abaissement à la mâchoire, on constate que la tumeur les suit très exactement. Les mouvements de mastication sont plus gênés qu'ils ne le seraient par une tumeur parotidienne de même volume, et l'on apprend que cette gêne a commencé à se manifester dès le début de l'affection.

Une fois ces diverses hypothèses éliminées, le chirurgien doit se demander quelle est la tumeur intra-parotidienne en face de laquelle il se trouve. Est-ce un ganglion ou autre chose ? Le diagnostic entre tumeur liquide et tumeur solide ne se pose pas ici avec autant de netteté que dans d'autres cas. L'adénite est solide ou fluctuante suivant le stade de son évolution.

a) Si elle est suppurée, il faudra la différencier de la plupart des tumeurs kystiques de la région.

Le *kyste salivaire* constitue une masse habituellement unique, d'un volume qui peut atteindre celui d'un petit œuf de poule ; sa forme est régulièrement arrondie ; sa consistance est molle, fluctuante ; la peau est saine, mobile sur la tumeur, mais celle-ci se confond avec les parties profondes de la région. Un caractère important est son accroissement léger après la mastication. Sa ponction donne un liquide clair et visqueux.

Le *kyste dermoïde*, le *kyste hydatique*, le *kyste sanguin vrai et primitif* sont des cas très rare, sur lesquels nous n'insisterons pas au point de vue diagnostique.

Les *angiomes* sont aussi des tumeurs pseudo-fluctuantes.

ils se montrent peu de temps après la naissance et se rencontrent rarement dans cette région. Ils déterminent la formation d'une voussure de la région parotidienne quelquefois avec teinte bleutée de la peau ; leur délimitation au palper est délicate ; ils sont mous, dépressibles, en partie réductibles.

Ils se confondent avec le reste du tissu glandulaire de la parotide.

b) Si l'adénite est à la période de crudité ou de caséification, le diagnostic devra être fait d'avec la plupart des tumeurs solides.

C'est d'abord le *lipome*, tumeur arrondie, quelquefois lobulée, sans adhérence, à développement lent, indolente. Sa consistance est mollasse. Henogue a recommandé une moyen qui permet d'élucider le diagnostic. Il consiste à projeter de l'éther pulvérisé sur la tumeur : si elle est réellement constituée par un lipome, on la voit diminuer de volume et durcir rapidement.

Certaines tumeurs connectives pures peuvent se développer dans la loge parotidienne. Elles sont rares et d'un diagnostic difficile. Le plus souvent elles sont prises pour des tumeurs mixtes et ce n'est que par l'examen microscopique que l'on établit leur nature vraie.

Le *fibrome* est une tumeur dure, résistante, à développement lent.

Le *myxome* constitue une masse molle, gélatineuse, aux limites peu précises.

L'*enchondrome* est remarquable par son évolution lente. Sa consistance est dure et élastique. Sa surface est ou lisse et arrondie, ou, bosselée et lobulée.

Le *sarcome* se caractérise par ses bosselures plus ou moins volumineuses. Sa consistance est intermédiaire entre celle de l'enchondrome et de l'adénome. Les phénomènes douloureux sont précoces. Le sarcome non mélanique évolue sans engor-

gement ganglionnaire ; le mélanique envahit fréquemment la totalité de la glande et se propage aux ganglions.

Les tumeurs de beaucoup les plus fréquentes que l'on rencontre dans la région parotidienne sont les *tumeurs mixtes*. C'est à elles que l'on pense tout d'abord quand un malade se présente avec une tuméfaction de la loge.

Les symptômes se rapprochent beaucoup de ceux que nous connaissons pour les adénites ; de là les difficultés, les hésitations fréquentes du clinicien, hésitations qui ne sont tranchées qu'au moment de l'opération.

Comme les adénites, en effet, les tumeurs mixtes de la parotide ont un début tout à fait insidieux, et c'est par hasard, en se regardant devant une glace ou en portant la main sous l'oreille que le malade constate l'évidence d'une petite tumeur arrondie, mobile, indolente à la pression. Son siège est en un point quelconque de la parotide. Son développement est progressif jusqu'à ce qu'elle atteigne un certain volume et devienne alors stationnaire. A ce moment-là, sa surface est bosselée, sa consistance est variable, tantôt uniformément dure, tantôt ferme en certains points, molle en d'autres. Des bosselures peuvent se développer séparément, s'isoler de la masse générale à laquelle elles ne tiennent que par un mince pédicule, disposition qui tend à faire croire à la présence de ganglions lymphatiques.

La peau est saine, mobile. Les limites de la tumeur sont habituellement peu précises, mais elles dépassent rarement la région parotidienne.

Telle est la symptomatologie des tumeurs mixtes à leur première période. Plus tard, cinq, dix, vingt ans après, les caractères de malignité apparaissent : développement rapide, phénomènes de compression à névralgies faciales, paralysie. La masse se fixe dans la loge, adhère à la peau, qui s'ulcère, et évolue suivant le mode du cancer. A cette période ultime, le diagnostic d'avec l'adénite est simple, et ne peut guère

être discuté qu'avec une métastase ganglionnaire ulcérée et bourgeonnante ; il en est autrement à la phase de bénignité, car la description que nous venons de faire peut aussi bien s'appliquer à une adénite parotidienne. Nous avons, à dessein, laissé un signe qui n'est pas sans avoir son importance : la tumeur mixte dédouble habituellement le lobule de l'oreille, l'adénite se forme soit en avant, soit en arrière, et n'intéresse pas le lobule. C'est là un fait qui est expliqué par les considérations anatomiques, mais qui n'est pas absolu. Il est évident qu'il suffit d'une inflammation portant à la fois sur des ganglions préauriculaires et mastoïdiens pour que le dédoublement se produise. Quoi qu'il en soit, ce signe mérite d'être retenu.

A part cela, le diagnotic se fera surtout d'après les résultats de l'anamnèse, et l'examen des régions ganglionnaires.

S'il s'agit d'une adénite, on apprendra le plus souvent que le malade a eu, dans sa jeunesse, des hypertrophies ganglionnaires cervicales ou axillaires, arrivées ou non à la suppuration.

L'examen de la région cervicale pourra déceler la présence de petits ganglions sous-maxillaires, ou la cicatrice d'un ancien ganglion fistulisé. Du côté de l'appareil respiratoire, enfin, on pourra constater des signes de bacillose.

Si, au contraire, on a affaire à une tumeur mixte, le passé pathologique sera nul au point de vue bacillaire.

Malgré la connaissance de tous ces éléments, le diagnostic restera quelquefois en suspens. Une ponction exploratrice pourra l'élucider, si la tumeur est liquide ou pseudo-fluctuante. Supposons que l'on ait tranché le diagnostic et que l'on ait établi la présence d'un ganglion altéré, un dernier problème est à résoudre : quelle est la nature de cette hypertrophie ? Est-elle inflammatoire ou due tout simplement à une hyperplasie du tissu adénoïde ? En un mot, est-ce une adénite ou un lymphadénome ? Quand la leucémie accompagne l'hy-

pertrophie ganglionnaire, l'examen du sang peut trancher le diagnostic. Lorsque l'augmentation des globules blancs manque, on se basera sur des caractères différentiels suivants : les adénites restent plus souvent unilatéales, elles perdent de meilleure heure leur mobilité indépendante et se fusionnent en un gâteau de périadénite.

Dans le cas de lymphadénome mou, la dépressibilié est uniforme, tandis que dans l'adénite tuberculeuse, en particulier, on constate, à côté de bosselures fluctuantes, des nodosités encore crues résistant au doigt; même caractères pour le lymphadénome dur, dont la consistance est partout constante, sans atmosphère inflammatoire. L'âge du sujet intervient encore, le lymphadénome étant rare dans la jeunesse. Mais il faut savoir qu'il est des cas de tuberculose hypertrophiante des ganglions, progressive et multiple, à évolution froide et lente, sans tendance au ramollissement par fonte caséeuse.

Perrier et Quénu, en 1890, ont insisté sur cette forme et fait des réserves sur la possiblité d'affirmer cliniquement la nature lymphadénique d'une tumeur.

En somme, et pour conclure, on peut dire que le diagnostic d'adénite parotidienne offre ses difficultés et nécessite bien souvent un examen minutieux non seulement de la tumeur, mais encore des régions avoisinantes.

Quant à la nature de l'adénite, elle est facile à établir : cancer si un néoplasme siège dans le réseau lymphatique du ganglion ; inflammation banale si l'état buccal est mauvais, ou s'il y a une porte d'entrée dans les régions correspondantes. Dans les autres cas, la bacillose est à incriminer. On aura quelquefois recours à l'examen de la pièce et à l'inoculation au cobay.

Dans notre étude, nous avons laissé de côté les adénites syphilitiques parotidiennes. Elles se trouvent fusionnées dans les polyadénites, et ne constituent pas un tableau spécial.

OBSERVATIONS

ADÉNITES PAROTIDIENNES TUBERCULEUSES

Observation Première

Polyadénite, parotidienne suppurée (extirpation)
Fistule parotidienne consécutive

(Observation inédite communiquée par M. le professeur Gilis)

Le sujet de cette observation est un jeune ouvrier de 19 ans, qui fut adressé, le 14 octobre 1913, à M. le professeur Gilis, par son médecin, M. le docteur Guibal. Il était porteur d'une tumeur parotidienne, dont il s'agissait de le délivrer.

Les *antécédents héréditaires du malade sont bons* : le père et la mère vivent et jouissent d'une bonne santé.

Les *antécédents personnels* sont un peu plus lourds. Le jeune X... a été nourri par sa mère, très convenablement, jusqu'à l'âge de 13 mois. Il a été précoce pour marcher. Il a eu cependant des croûtes de lait ; les oreilles lui ont un peu coulé.

Jusqu'à l'âge de 7 ans, il a joui d'une bonne santé. Mais, à cette époque, sa santé subit une crise assez sérieuse. Pendant 5 mois, on trouva de l'albumine dans les urines, et il fut tenu au régime lacté pendant toute cette période. Cette albuminurie a bien guéri. Depuis, à de longs intervalles, on a recherché l'albumine dans les urines sans en trouver. La même recherche a été faite, sans succès, avant l'intervention.

L'enfant, guéri de son albuminurie, sa santé se rétablit. Mais, une année après, il commence à présenter de l'adénite sous-maxi-

laire ; vers l'âge de 8 ans, on doit lui ouvrir un petit abcès derrière l'oreille gauche On voit encore une petite cicatrice sur la mastoïde. L'adénite sous-maxillaire n'arriva jamais à suppuration. Sous l'influence du traitement général, les glandes diminuaient de volume, disparaissaient même. Mais, de temps en temps, il y avait quelque poussée.

Il y a trois années environ, une tuméfaction irrégulière apparut dans la région parotidienne. De simples applications chaudes d'huile camphrée firent rentrer les choses dans l'ordre. Mais, depuis une année, la tuméfaction de la parotide n'a plus disparu. Un traitement général fut institué en juin et juillet et continué pendant le mois d'août et septembre. Il ne produisit aucun bon effet apparent. En octobre, la tuméfaction a augmenté de volume; elle est sensible à la pression. L'extirpation est jugée nécessaire.

Le 14 octobre, M. Gilis examine le malade.

La région parotidienne droite était saillante et présentait une tumeur mamelonnée, avec trois saillies continues entre elles ; chacune étant du volume d'une noisette.

La peau de la région a son aspect normal. Elle est blanche et souple ; on peut la plisser sur les plans sous-jacents. Le tissu cellulaire sous-cutané a toute sa laxité habituelle.

Par la palpation, la tumeur paraît dure. Seule, la saillie la plus inférieure paraît molle. Si l'on saisit la tumeur avec les doigts, et si l'on recherche sa mobilité, on a l'impression qu'elle fait corps avec la glande : elle n'a aucune mobilité.

L'examen et l'exploration de la paroi latérale droite du pharynx ne montre aucune saillie anormale. L'extirpation est proposée et toutes dispositions sont prises pour faire une opération complète, c'est-à-dire, l'extirpation méthodique de la parotide, si elle est jugée nécessaire.

Le 17 octobre, avec l'aide de M. le docteur Gueit, sous anesthésie à l'éther, et avec l'assistance de M. le docteur Guibal, une incision verticale est faite sur le point culminant de la tumeur. Cette incision, de 12 centimètres environ, commence en avant et au-dessus du tragus, descend parallèle au bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur et s'arrête un peu au-dessous de l'angle maxillaire.

Le tissu cellulaire sous-cutané est incisé avec attention et peu

à peu. Bientôt, le tissu parotidien se reconnaît à son aspect spécial. Le bistouri est alors remplacé par la sonde cannelée ou les ciseaux courbes ; on cherche à dégager la tumeur.

Le lobe supérieur, près de l'arcade zygomatique, se laisse soulever. Mais, en le détachant des plans profonds, avec les ciseaux, l'artère temporale superficielle est sectionnée. Une ligature est placée.

La dissection de la tumeur est alors poursuivie au milieu et en bas. Mais, à force d'isoler la tumeur avec les doigts ou avec les instruments, la saillie du milieu est déchirée, et du pus épais et sanguinolent apparaît.

Une pince est placée sur la déchirure. La dissection et le décollement continuent ; une autre poche s'ouvre, renfermant du pus semblable.

Il fallut sculpter ces diverses poches purulentes, ouvertes ou fermées dans le tissu parotidien adhérent et traversé par des tractus fibreux résistants.

Enfin, poches et glandes furent extirpées dans leur ensemble, par un décollement terminal de bas en haut, sans que soit vu le nerf facial.

Après hemostase, nettoyage soigné de la plaie à l'éther d'abord, puis à l'eau phéniquée forte, à 5 % ; un drain est placé, et la plaie est fermée avec des agrafes de Michel. L'extrémité inférieure de la plaie reste seule ouverte pour la sortie du drain.

Les suites furent aussi simples que possible. Pas de fièvre à aucun moment.

Le 19 octobre, le pansement, sali, est changé. Le drain est enlevé.

Le 25 octobre, toutes les agrafes sont enlevées ; la réunion est parfaite ; seul, le trou du drain laisse suinter un peu de sérosité, et la sonde s'y enfonce de 3 centimètres environ. Quelques pansements avec injections d'alcool iodé furent nécessaires.

Le 10 novembre, ce trou du drain est fermé ; la plaie est cicatrisée.

Tout semblait fini, lorsque, vers le 15 novembre, la cicatrice, répondant au trou du drain, se souleva et, par un petit orifice, sortit une petite quantité de liquide incolore ; au moment des repas, de véritables gouttelettes de salive parotidienne s'écoulaient tombant une à une.

On fit, à deux jours de distance, 3 injections iodées dans le trajet, suivies de compression avec un tampon de coton, maintenu par des bandelettes adhésives.

Dès que le tampon eut été placé, l'écoulement ne se produisit plus. Le trou se ferma définitivement.

Le malade, revu le 3 février, est définitivement guéri de sa fistule parotidienne. Celle-ci était basse, derrière l'angle du maxillaire inférieur.

L'examen du pus n'a pas été fait. Mais les abcès ganglionnaires froids avaient tous les caractères de ganglions tuberculeux suppurés.

Observation II

(Triquet. — Résumé)

D..., 42 ans, est porteur d'une tumeur à la région parotidienne gauche ; rien de semblable dans sa famille. Rien dans ses antécédents personnels ; jamais de glandes ni d'abcès au cou, pendant son enfance.

Il y a trois ans, pour la première fois, le malade éprouva de violents maux de dents. Une légère fluxion survint; mais, en trois jours, elle avait disparu ; en même temps, une douleur assez vive se fit sentir au niveau de la parotide correspondante ; elle s'irradiait, dans la région temporale, jusque vers le sommet de la tête. Quelques jours plus tard, la douleur n'existait plus; mais la région parotidienne offrait une tuméfaction considérable ; cette tuméfaction resta stationnaire pendant deux ans, ou du moins, augmenta si lentement, que le malade s'en aperçut à peine.

Sur la fin de décembre 1846 (deux ans plus tard), la tumeur doubla de volume rapidement, sans douleur. Le malade ne fit pas attention au changement qui venait de s'opérer ; cependant, effrayé bientôt par les progrès du mal, et commençant à éprouver une certaine gêne de la déglutition, il entra à l'hôpital de Lille. Sangsues, cataplasmes, frictions mercurielles, emplâtres de Vigo; tels furent les moyens de traitement utilisés. De plus, on arracha 4 molaires supérieures gauches cariées et parfois douloureuses. Pas d'amélioration.

Le malade vint alors à Paris ; voici son état à son entrée à l'hôpital :

Homme assez vigoureux, à tempérament sec, plutôt nerveux que sanguin. Toutes les fonctions sont normales, sauf la déglutition, qui est gênée. Ce qui frappe, au premier abord, c'est la déformation de la portion gauche de la face, qui offre, au niveau de la parotide, du même côté, une tumeur dont le volume peut égaler un œuf ordinaire. Elle occupe toute la région de la parotide, sur laquelle on la dirait exactement moulée, ses limites sont, en haut, le globule de l'oreille, un peu déjetté en dehors et en avant; en dedans, le bord antérieur du masseter; en arrière, le bord antérieur du sterno mastoïdien ; en bas, l'insertion inférieure du masseter forme encore ses limites, qui, du reste, ne sont pas très précises en ce sens ; car, en portant les doigts sous le maxillaire inférieur, on sent, au niveau de la glande du même nom, une ou deux petites tumeurs qu'on pourrait comparer à une grosse aveline. La peau, qui recouvre la tumeur principale, n'offre aucun changement appréciable à la vue et au toucher ; elle présente sa couleur et son épaisseur naturelles, en conservant sa mobilité. Des cicatrices, petites et triangulaires, attestent que de nombreuses sangsues furent appliquées en cet endroit.

Immédiatement, sous le lobule de l'oreille, le doigt perçoit des battements larges et superficiels, probablement dus à la temporale déviée ; sur tous ses points, la tumeur est complètement dure, sans bosselures, sans pulsations, ni bruit de souffle. Quand la bouche est entr'ouverte, elle offre une certaine mobilité, qui disparaît ensuite lorsque les deux machoires viennent à se rapprocher.

Si l'on examine l'intérieur de la cavité buccale, les piliers du côté gauche, la portion correspondante du voile du palais, sont déviés à droite par une tumeur grosse comme une noix. Sa situation, sa forme, annoncent certaines connexités avec celle que l'on voit à l'extérieur. Ce prolongement indemne de la tumeur est également dur au toucher, indolent et tout à fait immobile. La déglutition est difficile, car l'isthme du pharynx est retréci dans la moitié de son étendue à peu près. Les gencives sont en bon état, mais les dents de la machoire inférieure du même côté sont tombées, ou ont été arrachées : en haut, on trouve encore, çà et

là, quelques vieilles racines effleurant la gencive, mais qui ne sont plus douloureuses.

En présence de ces diverses constatations, le diagnostic d'adénite parotidienne est posé.

On fait l'extirpation de la tumeur, opération assez délicate à cause des modifications des rapports vasculo-nerveux qu'elle a provoquées. La glande parotide, refoulée en masse derrière le col du condyle, est enlevée. Le facial est sectionné, d'où, paralysie faciale consécutive.

Examen de la pièce. — C'est une tumeur du volume d'un œuf, enveloppée d'un sac celluleux dans sa moitié profonde. Elle est piriforme, sans bosselures bien dessinées, dure et résistant sous le doigt. Si l'on vient à la fendre, on voit que son tissu est d'un jaune pâle et mat, et peut être comparé à du mastic de vitrier un peu desséché ; çà et là, il est comme granuleux et s'écrase facilement entre les doigts.

Rien ne ressemble plus à de la matière tuberculeuse concrète. Cependant, on rencontre de rares liniments rougeâtres, disséminés au milieu du tissu, et qui sont probablement les vestiges des vaisseaux qui alimentent la tumeur.

L'examen microscopique confirme l'opinion, émise plus haut, que c'est une tumeur ganglionnaire dégénérée tuberculeuse.

Observation III

Adénopathie tuberculeuse superficielle de la région parotidienne. Ablation Guérison

(Métaxas, in *Marseille-Médical*, 1890. — Résumé)

B..., 22 ans, domestique, ne présente rien de particulier dans ses antécédents. Pas de trace de tuberculose ou de syphilis. Bon état général. Embonpoint peu développé. Apparences, plutôt de tempérament lymphatique. L'auscultation ne révèle rien d'anormal.

La tumeur actuelle a débuté, il y a environ 4 ans, sans cause appréciable, sous la forme d'une petite glande dure, indolore, roulant sous la peau, et située derrière le lobule de l'oreille.

Les applications iodées, l'iodure de potassium à l'intérieur n'ont point empêché la tumeur d'augmenter graduellement de volume, mais sans jamais provoquer la moindre douleur ou la moindre réaction. La tumeur, occupant la région parotidienne, est irrégulièrement arrondie, plutôt ovoïde, à grand axe vertical, grosse comme un œuf de poule, bien limitée, recouverte par la peau normale, libre, glissant facilement sur la tumeur. La surface de cette dernière est très nettement bosselée, formée par plusieurs petits lobes juxtaposés. Sa consistance, à peu près égale et uniforme sur tous les lobes ,est peu dure, élastique, comme rénitente par places. La tumeur paraît superficielle, sous-cutanée, extra-parotidienne, mais glissant au contraire à la surface de la glande. Elle est très mobile sur les parties sous-jacentes. Aucune douleur spontanée et à la pression. Pas d'adénopathie dans les régions voisines.

En présence de ces symptômes et de la marche suivie par la tumeur, le diagnostic, qui devait paraître le plus probable, était celui d'une masse ganglionnaire, formée aux dépens de ganglions superficiels de la région parotidienne, chroniquement enflammés et hypertrophiés, peut-être tuberculeux, et cela, malgré l'absence d'autres engorgements ganglionnaires voisins, de cicatrices indiquant l'ouverture antérieure d'abcès bacillaires ou de poussées inflammatoires ; malgré l'absence, aussi, dans l'état actuel ou dans les antécédents de la malade, d'une ulcération, ou d'une solution de continuité quelconque, qui aurait pu avoir été le point de départ de l'adénite, la porte d'entrée du bacille.

L'ablation de la tumeur fut faite par M. le professeur Villeneuve. Après incision longitudinale de la peau, on procède à la dissection de la tumeur, qui, ramollie et très friable par places, s'écrase et est enlevée par fragments. L'ablation fut complétée par la curette tranchante. Quelques jours après, la plaie était réunie par première intention.

L'opération et l'examen de la tumeur vinrent corroborer le diagnostic. La tumeur était formée par plusieurs ganglions lymphatiques, augmentés de volume et confondus dans la même masse. Sur une coupe, on avait l'aspect du tissu ganglionnaire, un peu plus grisâtre, et moins rosé qu'à l'état normal, plus ou moins ramolli par places. Enfin, on voyait, disséminés, çà et là, de nombreux petits foyers jaunes, gros comme des grains de chènevis ou comme des lentilles, et formés de matière caséeuse, comparable

à du mastic de vitrier, suivant la comparaison classique. On avait donc tous les caractères macroscopiques des adénopathies tuberculeuses.

Les ganglions dégénérés devaient être ceux situés immédiatement sous l'aponévrose parotidienne superficielle puisque, d'après Sappey, et contrairement à ce qu'admettent d'autres anatomistes (Richet), il n'existerait pas de ganglions parotidiens sous-cutanés.

Observation IV

Abcès tuberculeux ganglionnaires de la région parotidienne

(Métaxas. — Résumé)

M..., 18 ans, entré le 19 mars 1889, salle Moulaud. Pas d'antécédents. Il y a deux ans, il a eu un petit engorgement ganglionnaire dur, un peu au dessous et au devant du lobule de l'oreille et guéri par des badigeonnages iodés. Depuis dix jours, gonflement au même endroit et formation d'abcès froid, ouvert le lendemain de son entrée.

Réunion et guérison rapides.

Observation V

Tumeur ganglionnaire intra et extra-ganglionnaire

(Richet. *Gaz. des Hôpitaux*, 1888. — Résumée)

X..., 46 ans, a présenté, dans son passé pathologique, peu considérable, de violentes douleurs dorso-lombaires et une pleurésie, avec épanchement, il y a 3 ans.

La maladie actuelle remonte à un an. Il s'est aperçu, pour la première fois, qu'il portait, derrière la branche montante du maxillaire inférieur, dans la région parotidienne, une petite tumeur, indolore. Cette tumeur ayant une tendance à s'accroître, il s'est décidé à venir à l'hôpital pour s'y faire opérer.

Actuellement, voici l'état dans lequel se présente la lésion. Il existe, dans le sillon situé derrière la machoire inférieure, une tu-

meur dont le volume est à peu près égal à un petit œuf de poule, tumeur qui contourne l'os maxillaire, sans lui adhérer en quoi que ce soit. Cette tumeur ne s'accompagne d'aucune douleur, mais elle est une gêne constante, par ses dimensions, dans les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire ; de plus, par son volume, elle défigure suffisamment notre malade pour que, en dehors même de cette gêne, il désire vivement en être débarrassé.

Elle est oblongue, plus allongée dans le sens vertical que dans le sens transversal ; elle est dure, résistant dans la plus grande partie de son étendue, ne présentant que, çà et là, quelques points pâteux, dûs à un commencement de ramollissement ; enfin, elle est un peu mobile sur les parties profondes, et, si elle repose sur le pharynx, ce n'est que médiatement, et sans l'attendre, ni le déprimer. De plus, l'examen intra-buccal de cet organe, ainsi que des amygdales ne révèle rien de particulier.

Quant au toucher, il nous montre qu'il ne s'agit pas d'une tumeur homogène, mais qu'elle est formée de portions agglomérées, de plusieurs lobes. Elle n'est douloureuse, ni spontanément, ni à la pression. Un examen, même superficiel, permet de constater que le bord postérieur du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien se trouve soulevé par une série de petits ganglions lymphatiques, tuméfiés, qui forment une sorte de chapelet tout le long de ce muscle, jusque dans le creux sous-claviculaire. En cet endroit même, nous pouvons compter jusqu'à sept ou huit de ces ganglions plus ou moins engorgés. Quant à la détermination du siège de la tumeur, un examen attentif permet de reconnaître que, si la plus grande partie se trouve intra-parotidienne ; il en existe aussi une partie en dehors. Néanmoins, le nerf facial n'est pas atteint ; la tumeur ne descend donc pas profondément dans la parotide.

En présence de ces symptômes, le diagnostic porté est celui d'une tumeur ganglionnaire intra et extra-parotidienne. Mais, cette hypertrophie ne paraît pas simple ; il y a certainement quelque chose de plus qu'un simple adénome lymphatique, ce quelque chose, qui constitue la seconde période de la maladie, c'est-à-dire un commencement de ramollissement de la partie supérieure de la tumeur et de transformation caséeuse.

En résumé, cet homme présente: 1° dans certains points, notamment dans la partie inférieure, une hypertrophie ganglionnaire simple ; 2° dans d'autres, et particulièrement dans la partie supérieure, une hypertrophie avec ramollissement caséeux des gan-

glions; 3°, enfin, un véritable chapelet ganglionnaire dans la région sterno-mastoïdienne.

TUMEURS GANGLIONNAIRES INFLAMMATOIRES ET HYPERTROPHIQUES SIMPLES

Observation VI

(Triquet. — Résumé)

P. Dupont, 27 ans, présente un gonflement considérable de la région parotidienne gauche ; rien de semblable dans sa famille. Son père et sa mère jouissent encore d'une bonne santé ; ses frères et ses sœurs, au nombre de quatre, n'ont jamais été souffrants. Lui-même s'est toujours bien porté ; il n'a pas eu de glandes au cou, dans son enfance. Depuis deux ans, seulement, il a senti peu à peu se développer, à la suite de violents maux de dents, la tumeur volumineuse qu'il porte à la région parotidienne. On a tenté, à différentes reprises, de la résoudre avec des sangsues, des emplâtres, mais sans obtenir d'amélioration. Enfin, le 10 février, jour de son entrée à la Charité, voici ce qu'il présentait : c'est un garçon de constitution robuste : toutes les fonctions sont en bon état, c'est donc une affection purement locale. Au niveau de la région parotidienne gauche, on voit, tout d'abord, un gonflement à peu près uniforme, du volume du poing. La peau qui le recouvre est tout à fait normale et glisse avec facilité en tous sens.

En palpant cette tumeur, on reconnaît qu'elle est formée par une série de petits corps globuleux, assez douloureux à la pression, et de grosseur variable, depuis le volume d'une noisette à celui d'une grosse amande. Ces tumeurs sont isolées, parfaitement distinctes et au nombre de trois; elles sont à peine mobiles et, cependant, elles semblent superficielles et placées, sinon immédiatement sous la peau, au moins, certainement entre la glande et l'aponévrose d'enveloppe. Une quatrième, plus grosse et plus pro-

fonde, se trouve au-devant du lobule de l'oreille qu'elle déjette en dehors ; on ne peut lui imprimer aucun mouvement.

En examinant l'intérieur de la bouche, on ne peut constater aucune déviation, même la plus faible, des piliers du voile du palais ; ce qui prouve que les ganglions profonds de l'excavation parotidienne ne sont pas malades ou le sont bien peu. Mais les deux molaires supérieures, du côté correspondant à la tumeur, sont complètement cariées ; il ne reste plus que quelques racines déchiquetées, à pointes plus ou moins anguleuses, qui irritent la gencive, devenue depuis longtemps saignante et douloureuse. Rien aux dents inférieures. En remontant aux antécédents, le malade nous apprend que, depuis deux ans, il a éprouvé des maux de dents continuels et parfois très violents. Si l'on vient à fixer quelques instants son attention sur ce sujet, il affirme que c'est seulement depuis cette époque que la grosseur s'est manifestée : d'abord fort douloureuse, aujourd'hui elle est indolente.

Le diagnostic porté est celui de tumeur ganglionnaire multiple à forme chronique

Observation VII

(Triquet. — Résumé)

X.... non sujet aux engorgements ganglionnaires, sous l'influence d'un refroidissement subit et d'une douleur assez vive, causée par une dent cariée de la machoire supérieure droite, cet homme fut pris d'un engorgement aigu des ganglions superficiels de la région parotidienne du même côté. A son entrée à la Charité, le cinquième jour de la maladie, la tumeur était rouge, bosselée, dure par plaques ; sous la peau, on sentait manifestement quelques points plus saillants, arrondis et globuleux formés par les ganglions tuméfiés. Il y avait, de plus, une inflamation du tissu cellulaire ambiant ; en quelques points, on commençait déjà à sentir une sorte d'empâtement qui annonçait l'imminence d'un abcès.

Comme le malade pouvait encore ouvrir suffisamment la bouche, la dent fut arrachée. Cependant, une petite collection de pus s'était formée, on dut l'évacuer ; mais quinze jours après, le ma-

lade était complètement guéri, et c'est à peine si l'on sentait la trace des ganglions qui avaient subi une hypertrophie momentanée.

ADENOPATHIE CANCEREUSE

Observation VIII

Epitélioma ganglionnaire de la région parotidienne tardivement consécutif à un cancroïde cutané guéri
(Morestin. — Soc. anat. de Paris, 1903)

Il s'agit d'une femme âgée de 49 ans, entrée pour une volumineuse tumeur ulcérée de la région parotidienne gauche

Au mois d'octobre 1901, elle a remarqué, au devant de l'oreille, une masse arrondie, dure, mobile, qui, rapidement, devient grosse comme une noix. Un médecin consulté pensa que cette production était kystique, et tenta d'en faire l'extirpation. La plaie fut réunie en peu de jours, mais, sous la cicatrice, se montra de nouveau une nouvelle saillie, qui devint promptement adhérente et s'ulcéra. Et depuis, la lésion gagnait sans cesse, avait pris des dimensions énormes

En effet, au moment où la malade est observée par nous, le néoplasme couvre, non seulement la région parotidienne dans sa totalité, mais encore la masseterine et la plus grande partie de la tempe, englobant en outre le pavillon de l'oreille, partiellement détruit. Ulcéré, végétant, saignant au moindre contact, ce néoplasme est sûrement de nature maligne. Aucune mobilité sur les plans sous-jacents. Cependant la bouche s'ouvre très facilement : il n'y a pas de paralysie faciale.

La tumeur ne paraît pas appartenir en propre à la parotide, mais donne plutôt l'impression d'une tumeur juxta-parotidienne et relativement superficielle.

L'état général est médiocre. Les douleurs se bornent à quelques irradiations névralgiques dans les parties environnantes du cuir chevelu.

L'interprétation de cette tumeur est difficile. Notre attention est attirée, un matin, par une petite tache blanche, occupant les limi-

tes du front et de la région temporale, tache grande comme une pièce de un franc. La malade n'y attachait nulle importance. Interrogée cependant sur son origine, elle nous apprend qu'elle a eu là, pendant assez longtemps, un bouton, puis une plaque ulcérée, et que, environ deux ans auparavant, elle a été traitée par des applications caustiques qui ont amené la guérison.

En connaissance de ce fait, la tumeur nous apparaît d'une interprétation assez simple. Il s'agit d'une tumeur secondaire, ayant eu pour point de départ, le ganglion préauriculaire, et consécutive à un cancroïde de la face. L'examen histologique vint, plus tard, confirmer cette manière de voir.

TRAITEMENT

La question du traitement des adénites chroniques de la parotide n'est pas étudiée dans les ouvrages de chirurgie : si, dans ces dernières années, la question de l'extirpation complète de la parotide a été soigneusement traitée et minutieusement réglée, surtout dans les tumeurs malignes de l'organe, les auteurs sont à peu près muets sur les opérations qui conviennent aux tumeurs ganglionnaires: ces dernières, cependant, par leur nature, par leur siège, réclament un traitement spécial.

Disons d'abord quelques mots du traitement à appliquer aux tumeurs ganglionnaires consécutives à des inflammations dentaires : ici, évidemment, la désinfection de la cavité buccale, l'ablation des dents cariées, les applications chaudes sur la région malade pourront enrayer le développement de la tumeur au début. Plus tard, si la tumeur grossissait et menaçait, par son volume, de comprimer les organes de la région, on en pratiquerait l'ablation : mais il semble bien que, dans ces cas, les tumeurs ganglionnaires chroniques de la parotide soient en réalité des ganglions tuberculeux, comme l'avoue d'ailleurs Triquet, dans l'observation II, et que l'inflammation primitive du ganglion, sous l'influence des lésions dentaires, n'ait fait que servir de voie d'appel au bacille de Koch : faute d'observations plus récentes, nous ignorons s'il n'y a pas eu confusion entre l'adénite chronique et l'adénite tuberculeuse, et nous arrivons donc au traitement de cette dernière variété.

Au début, tout d'abord, lorsque le ganglion ou les ganglions atteints sont simplement hypertrophiés, sans lésions de caséification et sans atteinte grave de l'état général, un traitement médical pourra amener la résolution des masses hypertrophiées : on conseillera alors au malade la vie au grand air, l'alimentation saine et abondante, l'héliothérapie, l'arsenic, le quinquina et les phosphates à l'intérieur et, dans la plupart des cas, l'hypertrophie disparaîtra : ce traitement sera notamment indiqué chez l'enfant, ou dans les cas de micropolyadénite, car, dans ces deux circonstances, on a plus à attendre du traitement médical que du traitement chirurgical. Seules, la persistance de l'affection, malgré le traitement médical, ou la profession du malade, pourraient constituer des indications à l'intervention.

Mais si, au bout de quelques mois, le traitement a échoué, si les ganglions menacent, par leur hypertrophie considérable, de déformer la face du malade ou de comprimer les parties voisines si, enfin, cette tuberculose ganglionnaire constitue la seule manifestation de l'imprégnation tuberculeuse de l'organisme, il est indiqué d'intervenir.

L'indication se pose, d'ailleurs, également toutes les fois que les ganglions ont une tendance à se caséifier, si l'on veut éviter la fistulisation. Il serait intéressant de noter les résultats fournis dans ces cas par les injections modificatrices si vantées dans ces dernières années : mais les observations de ce genre manquent encore. De plus, il est des cas où le malade préfère une opération sanglante, mais rapide, dans ses résultats, à une intervention plus bénigne mais plus lente à produire un effet thérapeutique. On peut se demander, de plus, si, dans cette région, la ponction ganglionnaire n'exposerait pas à la lésion de vaisseaux importants, comme la carotide externe, ou même à la lésion du facial.

Dans les cas de compression manifeste du facial, il est

évident que l'indication d'opérer est formelle, si l'on veut éviter des lésions irrémédiables du tronc nerveux ou de quelques-unes de ses branches : nous avons vu, au chapitre d'anatomie pathologique, que ces phénomènes de compression étaient dus, le plus souvent, à l'hypertrophie des ganglions profonds de la parotide.

Si, enfin, nous nous trouvons en présence de ganglions fistulisés, l'extirpation, à moins de lésions très étendues des parties voisines, s'imposera encore, à condition, toutefois, que l'état général du malade le permette.

L'incision variera de direction avec la situation des ganglions atteints: sont-ils situés dans la partie postérieure de la glande, où l'on ne craint pas la lésion des branches d'émergence du facial, l'incision verticale est celle qui offre le moins de dangers et qui donne le plus de jour.

Les ganglions sont-ils situés, au contraire, dans la partie antérieure de la glande où émergent les filets du facial et le canal de Sténon, l'incision horizontale sera alors indiquée.

Dans les cas de tumeur volumineuse multiganglionnaire, l'incision postérieure sera suivie d'une incision perpendiculaire ou incison en T, si vantée par Bérard et Velpeau.

Nous n'en sommes plus aux destructions du tissu glandulaire à la potasse caustique dont nous parle Triquet : ce que nous savons des rapports des tumeurs ganglionnaires avec le facial, la parotide et la carotide externe nous explique que l'enuclation avec le doigt reste ici le meilleur procédé d'extirpation : les adhérences de la périadénite pourront être rompues à la sonde cannelée ou avec le manche du bistouri, si le doigt ne suffit pas à les libérer : l'intégrité des organes est ici une chose essentielle : tandis que, pour l'extirpation totale de la glande, la section du facial et celle de la carotide externe sont inevitables et constituent même une preuve de l'extirpation complète, pour l'ablation des tumeurs ganglionnaires, au contraire, la conservation du facial

notamment doit être recherchée. Il n'en est plus de même, évidemment, dans les cas d'adénite fistulisée, avec adhérences multiples où la lésion de ces organes sera, dans certains cas, inévitable et dans lesquels d'ailleurs l'opération se rapproche beaucoup plus d'une extirpation complète de la glande que de l'ablation d'une tumeur énucléable.

Velpeau, nous dit Bérard, pour éviter ces accidents, préférait, en présence d'une adénite parotidienne profonde, laisser intacte quelque portion malade dans le fond de la plaie, que de l'exposer à la lésion des organes importants de la région : il est évident, en effet, que la persistance de quelques débris ganglionnaires tuberculeux dans le fond de la plaie ne présente pas la même gravité que celle de ganglions cancéreux.

Accidents de l'intervention. — Le plus commun est, sans aucun doute, la fistule salivaire : due à la lésion des canalicules glandulaires déchirées au cours de l'intervention ou à la lésion du canal de Sténon, cette fistule n'est pas facile à éviter, quelles que soient les précautions prises par l'opérateur : mais cette fistule, désagréable pour le malade, n'est pas une affection persistante : on trouve des cas où elle se guérit spontanément : M. le professeur Gilis vante les bons résultats que l'on obtient par la compression du trajet de la fistule associée aux injections iodées pour faciliter l'adhérence des parois du trajet.

Un autre accident de l'intervention est la paralysie faciale: nous avons assez insisté sur la question, dans le cours de notre travail, pour ne pas y revenir ici: toutefois, si le tronc du nerf lui-même est assez rarement intéressé, il n'en est pas de même de ses branches de division qui sont plus superficielles, plus intimement mélangées à la glande et qui, par conséquent, sont exposées à être lésées, même au cours d'une intervention pour adénite parotidienne superficielle.

La lésion d'une ou de plusieurs branches de division du nerf n'entraîne pas, d'ailleurs, de troubles dans la motilité du visage aussi prononcés que la section du tronc nerveux lui-même, car il se produit, à la longue, une certaine suppléance fonctionnelle.

La lésion de la carotide externe peut évidemment se produire, surtout si l'on songe aux rapports intimes des ganglions et du vaisseau : sa lésion entraînerait la ligature de l'artère.

Tels sont les accidents particuliers des interventions pour adénites chroniques de la parotide : nous ne croyons pas devoir nous étendre, en effet, sur les accidents communs à toutes les interventions chirurgicales pratiquées pour hypertrophie ganglionnaire.

CONCLUSIONS

1) Les ganglions lymphatiques parotidiens sont sous-aponévrotiques, et forment deux groupes : l'un superficiel, l'autre profond. Ils présentent des rapports intimes avec le tissu glandulaire. A l'état pathologique des adhérences s'établissent entre ces ganglions et la parotide.

2) Les adénites constituent, au niveau de la région, une tumeur, mamelonnée, de consistance inégale, qui peut en imposer pour une tumeur néoplasique bénigne ou maligne de la glande.

3) Les éléments de diagnostic différentiel seront surtout basés sur l'examen du territoire lymphathique des ganglions parotidiens (cavité buccale, pharynx, face). L'adénite cervicale concomitante et les antécédents bacillaires du sujet seron en faveur d'une adénopathie de même nature. La ponction exploratrice pourra quelquefois être utile.

4) Le traitement est variable suivant les cas :

1° Avoir d'abord recours aux ressources médicales.

2° Faire des injections modificatrices si l'adénite est suppurée.

3° Extirper les ganglions et une partie de la glande adhérente si les premiers procédés sont insuffisants. Des fistules salivaires peuvent en résulter. Les lésions du canal de Sténon et du facial seront autant que possible évitées.

BIBLIOGRAPHIE

Bérard. — Maladies de la glande parotide. Thèse d'agrégation, 1841.

Brousse et Gérardin. — Du lymphadénome, 1886.

Cruveilher. — Traité d'anatomie.

Faure-Darmet. — Etude sur la tuberculose de la glande parotide. Thèse de Lyon, 1901.

Gilis. — La région parotidienne et l'espace maxillo-pharyngien. *Montpellier Médical*, 1905.

Jacques. — Tuberculose ganglionnaire et cancer de la fosse parotidienne, à point de départ auriculaire. *Revue hebdomadaire de laryngologie*. Paris, 1910.

Meyer. — Topographie des ganglions sous-maxillaires et parotidiens. Thèse, Paris, 1913.

Morestin. — Epithélioma ganglionnaire de la région parotidienne, tardivement consécutif à un cancroïde cutané guéri. Société Anatomique, Paris, 1903.

Poirier. — Traité d'anatomie.

J.-L. Petit. — Traité des maladies chirurgicales. T. S., pag. 168

Ricard. — Une variété d'adénopathie pseudo-tuberculeuse des ganglions du cou. Congrès de Chirurgie, 1889.

Sappey. — Traité d'anatomie.

Terrier et Quénu. — Soc. de Chirurgie.

Triquet. — La région parotidienne. *Arch. gén. de Méd.* Tome xix.

Villeneuve. — *Marseille Médical*, 1890 : Adénopathie tuberculeuse superficielle de la région parotidienne.

— Abcès tuberculeux ganglionnaire de la région parotidienne.

Vu et permis d'imprimer :

ontpellier , le 7 Février 1914.

Le Recteur,

Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 6 Février 1914.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.